



TITLE:

<研究論文>女性が不妊治療を選択  
するということ:治療をやめる選択  
肢をみすえて

AUTHOR(S):

安田, 裕子

---

CITATION:

安田, 裕子. <研究論文>女性が不妊治療を選択するということ:治療を  
やめる選択肢をみすえて. 教育方法の探究 2006, 9: 9-16

ISSUE DATE:

2006-03-31

URL:

<https://doi.org/10.14989/190326>

RIGHT:

## 女性が不妊治療を選択するということ ——治療をやめる選択肢をみすえて——

安 田 裕 子

### 1. はじめに

「子どもがほしいから」。不妊に悩み、治療に通う女性の行動を支える思いとして、この言葉がしばしば語られる。それは、彼女たちの内面から湧き上がる切実な思いとして、理解しうるものだろう。しかし、「では、なぜ子どもがほしいのか？」と問いかけられると、それに明確に答えることは、多くの女性にとって難しいことのようにである。もちろん、動機や理由がはっきりせずとも行動するというのはよくあることであり、むしろ普通のことだともいえる。そして、子どもが授かりにくく治療に通う女性にも、「子どもがほしい」理由がそうはっきり意識されることなく、その願望に突き動かされるようにして、治療に向かうという行動が選択されている場合が多い。

### 2. 不妊と、女性の「子どもがほしい」という思い

不妊とは一体どういう現象なのだろうか。不妊は、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間（通常2年）、性生活を行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない状態」（日本産科婦人科学会用語委員会）と定義される（堤, 2002）。しかし実際には、婚姻後2年が経過しないうちから治療に通う人も多い。また逆に、婚姻後、子どもができないままに何年が経過しようとも、治療に通わない選択をする人もいる。つまり、不妊は、当事者の、子どもを望み治療に通うという行動を基盤として診断されるものだといえる。なお、不妊原因については、平成9年度厚生省心身障害研究「不妊治療に在り方に関する研究」における実態調査（117,071人対象）によると、男性因子による不妊が25.9%、女性因子による不妊が65.3%、機能性不妊が21.5%であった（男性因子と女性因子に重複あり）。機能性不妊とは、器質的疾患がなく機能的異常のみ認め

られる不妊症と理解されてきたが、臨床的には、現在の診断技術では原因をみつけることが困難な不妊症と定義されている。よって今後、生殖生理学の進歩により種々の原因が解明されていけば、機能性不妊の頻度も低くなるという（日本不妊学会, 1996）。その意味で、不妊という現象と医学の進歩とはパラレルな関係にあるといえる。他方、大部分の妊娠が最初の数週間以内に全く気付かれずに終わっており、通常でも出産に至るのはわずか4分の1であるとも言われている（Boklage, 1990）。このように、生殖のメカニズムのレベルで、妊娠が継続することの難しさ・尊さに言及した見解があるにもかかわらず、子どもを望み、治療に通っている状態においては、原因がわからず子どもができない場合、機能性不妊として診断されることとなる。もちろん、器官の疾患のために妊娠が困難になっていることもあり、適切な治療を施すべく原因を追究するのは重要なことだろう。だが、原因がわからず必ずしも治すべき疾患がない場合であっても、不妊症として医学的に診断がくだされるのは、不妊というものの特徴のひとつだといえよう。また、原因がいくらであっても女性が治療の主体となることも、不妊に特徴的なことである。

さて、治療に通う女性の「子どもがほしい」という思いには、夫や親や親戚の願望、「子どもをもつべき」とする周囲の人々の認識や言葉かけ、そうした言動に影響を及ぼしている社会的な価値意識など、実に様々な要因が関係している。こうした種々の要因がないまぜになって、女性に「子どもがほしい」という願望として認識され、治療に通うという行動が選択されているといえる。ただし、「子どもがほしい」という女性の切実な思いが、周囲の他者あるいは社会の価値観によってそう思わされているにすぎないのだと批判的に述

べるつもりはない。願望や欲求が社会的なものであるからといって、それを「作られた欲望」だとか「産みたいと思いきまされているだけ」だとするのは、子どもを心底望んでいる女性の思いを無視するような、非常に乱暴で傲慢な物言いとなりうる。むしろ、社会の中で生じる欲求や願望は社会的な現実であり、また、一人ひとりの現実であるといえる（立岩、2005）。本稿では、女性自身の「子どもがほしい」という思いに寄り添いつつ、女性が治療を選択するというものについて考えたい。子どもを望み治療に期待をかけながらも、治療へと向かわせるような不可抗力として感じられる社会的状況に違和感を覚えたり、治療を継続することに辛さを感じつつもやめる選択ができなくなっている人が実際にいる。こうした、両義的な思いのせめぎ合いに葛藤を覚え、苦悩している女性の経験に接近することは、重要なことであるだろう。

### 3. 日本における生殖補助医療の動向

まずは、生殖医療技術が日本でどのように進歩してきたのか、そして、今後どういった方向へ進んでいくのかを概観しておきたい。

日本における不妊治療の歴史は、1949年、慶応大学付属病院で非配偶者間人工授精（artificial insemination with donor sperm: 以下、AID）によって子どもが誕生したのが始まりだといえる。1949年の初の実施から今までに、1万人以上の子どもがAIDで誕生している（大野他、1980）。AIDは、高度の乏精子症や無精子症による不妊の治療を目的として、第三者から提供された精子を子宮に注入する治療である。その方法からも推測できるように、AIDは、技術的には高度な治療ではない。その後1983年10月に、東北大学で初めて体外受精で子どもが誕生した。体外受精は、試験管などで卵子と精子を授精させ、受精卵を子宮腔内に移植する不妊治療である。この治療により、卵管の通過性が良くない・排卵がないなどによる不妊症が、恩恵を受けることができるようになった。なお、体外受精に代表される生殖医療技術と、その技術進展とともに現出してきた社会的・文化的動向とを、「生殖革命」と呼ぶ。さらに1992年には、顕微授精で初めて子どもが誕生している。顕微授精の適応は、「難治性の受精障害で、これ以外によっては妊娠の見込みがないか

極めて少ないと判断される場合」（日本産科婦人科学会）であり、体外受精を行っても受精しないか、あるいは受精しないと判断される夫婦が対象となる（日本不妊学会、1996）。この治療により、男性不妊のためにどうしてもAIDを必要とする症例が激減したとされる。このため、顕微授精以降の生殖医療技術の進展は、「生殖革命の第二幕」といわれることもある（石原、2005）。

他方、現在施行することは認められていないが、今後、技術を臨床に応用するか否か、その規制をどのように行うかが問題になっている治療法もある。たとえば、そのひとつに代理懐胎があげられる。代理懐胎は、健康な卵子をつくる能力をもちながらも、何らかの理由で機能する子宮をもたない女性に対し、第三者が子宮を提供してその女性と夫のために児ををはかるものである。代理懐胎には、不妊夫婦の受精卵を妻以外の女性の子宮に移植する場合（借り腹）と、不妊夫婦の夫の精子を妻以外の女性の子宮に人工授精する場合（代理母）とがある（日本不妊学会、1996）。現在日本では認可されておらず、代理懐胎を求めて海外へと治療に向かう夫婦もいる（小泉、2001）。体外受精で初めて子どもが産まれた1983年以降、産科婦人科学会により、提供精子・卵子・胚を用いた妊娠・出産（AIDは除く）および代理懐胎は規制されてきた。

しかし、産科婦人科学会による規制に法的拘束力がないなかで、1996年には、ある業者がインターネットを用いて、営利目的による精子斡旋業務を開始している。また、1998年には、長野の開業産婦人科医である根津八紘医師が、姉妹間での卵子提供による体外受精を実施し出産に至ったことを、公表している。こうした状況を苦慮し、旧厚生省は、精子・卵子・胚の提供による治療に関する法整備について検討し始めた。まず、2000年12月に、生殖補助医療技術に関する専門委員会によって、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書」が出された。その後、この報告書を土台とし、2003年4月には厚生科学審議会生殖補助医療部会によって、「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度に関する報告書」が出された。この報告書を受けて、それ以後も、精子・卵子・胚の提供による治療に関する法整備に関連した、多角的な調査研究が実施されている。たとえば岩崎・梅澤・安田（2005、2006）は、治療を受けた経験のあ

る女性とその夫を対象に、精子・卵子・胚の提供による治療への賛否、提供によって生まれてくる子どもの権利、子どもへの告知の問題、関連する支援システムなどについての調査を行っている。

生殖医療技術にかかわるこうした社会的な動きを背景として、女性は、その時代で試みることができる治療を選択しているのだといえる。次節では、治療経験のある女性の語りを直接とりあげていく。

#### 4. 不妊治療を受ける女性の語りから

ここでとりあげている2つの事例はともに、技術水準が顕微授精まで進んでいる時代に、治療を受けた経験のある女性を対象として、その経験や思いをインタビューしたものである。本稿ではとりわけ、治療の選択に関する語りに焦点化してみていくことにする。

##### <事例1> 仕方なく治療を次の段階に進める (Wさん)

Wさんには、配偶者間の人工授精を6回した後に体外受精に切り替え、排卵を促す服薬や注射を始めた頃にお話いただいた。以下の語りは、「そのまま人工授精を継続するか、次の段階である体外受精をするのか、あるいは治療自体をやめるかということ、どのようにして決めたのか」という筆者の問いかけに対する返答である。

その前の段階を何回かして、まあ駄目だったので、(次の段階である体外受精を)もうやらあかんというか、やらないと、もう無理やろうなと思ったんで。すごい積極的にやりたいっていうことはなかったんですけど、まあ、しゃーない(仕方がない：筆者注)。しゃーないっていうのもおかしいですけど、やらな無理やし、もうやらか一っていう感じだったんです。

Wさんは、人工授精を6回受けても子どもが授からなかったため、次の段階の治療である体外受精をすることにしたが、自ら積極的に、というわけではな

かったようである。もともとWさんは、それほど子どもが好きというわけでもなく、また夫の方も、治療をするかどうかについて、妻であるWさんが望むなら、という程度の関わりだったという。よって、治療を進めることについて、少なくとも、夫の願望に後押しされて、というわけではなさそうである。では、一体なぜWさんは、次の段階である体外受精をすることにしたのだろうか。それについては、「その前の段階を何回かやっても駄目だったので、もう(次の治療である体外受精を)やらないといけな」という語りが示唆を与えてくれる。つまり、体外受精という治療法があり、それを試みることができたということが、Wさんの体外受精をする選択を促したという見方ができるのである。もちろん、同じ治療を継続することに限界を感じているのなら、それに見切りをつけ、次にどんな方法をとるのかということが考えられて当然だろう。ただし、その時の選択肢には、体外受精をすることの他に、治療そのものをやめるということもあったはずである。そこで、治療をやめる選択についてはどう考えていたのかを、重ねて問いかけてみた。

あー、それもまあもちろん、何割かは思ってたんですけど。やめたいなっていうのも、ずっと常にあったし。もうお金もかかるし、痛いし、行きたくないし、時間もかかるし、やめたいっていうのはもう常に、今もまああるんですけど。常にあるけど、うーん、何て言うのかな(笑)。まあ、やめる勇気もないというか。まあ今やっとかんと、後で後悔するのも嫌やしとか。でも常に迷いながら、100%どっちかの気持ちにはなってないですね。どうしよう、やっぱやめようかなとか、常に考えていますね。

Wさんは、治療をし始めた頃から、ホルモン治療、タイミング療法、人工授精と治療が進む過程で、常に、治療をやめる選択についても考えていたという。そう思いつつも治療を続けてきたのは、「素直に(子どもが)ほしいなという気持ちの方が、まだ勝っている」

からだと語っている。

そもそも子どもはさほど好きではないと断りを入れながらも、Wさんは結局、自分自身の子どもの望む気持ちを前面に押し出すようにして、治療をやめずに通い続けている理由を説明している。治療を継続することによって、経済的にも、時間的にも、そして身体的にも負担がかかることに苦痛を覚えているにもかかわらず、である。そうした犠牲を払いながらも、「やめる勇気がない」として治療に向かい続けることには、一体どんな力が働いているのだろうか。「子どもをもつべき」とする社会的な価値意識の影響も大きいかもしれない。しかし、こうした社会的な現実に戻元してしまわずに、他に何か要因があるとすれば、それは一体何なのだろうか。

#### <事例 2> 妊娠することだけしか考えていなかった自分自身に困惑する(Xさん)

Xさんには、顕微授精が成功し、授かった胎児が7ヶ月の時点(妊娠7ヶ月)でお話いただいた。以下に示したものは、上述の岩崎・梅澤・安田(2006)が、第三者の提供による不妊治療で産まれてくる子どもへの支援を検討するために実施したインタビュー調査より、治療の選択に関わる語りを抜き出しまとめたものである。

最初、子どもがいなくても別にいい、とりあえず治療をやってみようという程度だったのに、いつのまにか妊娠することで頭がいっぱいで治療がやめられなくなり、身体の仕組みを医学でなんとかできないか?と思うようになっていた。なぜそのように考えが変わってしまったのか。何からの原因があって、その結果受精しない現実があるのに、その生物としての自然な部分を治療で操作してしまっている。それでいいのか。実際、治療は病院主体であり、やめる選択への支援が足りない。病院で治療している間は、子どもを産む以外のことを考える機会があまりに少ない。

医療職に従事しているXさんは、結婚前、障害のある色んな子どもが実際に産まれる現実を、医療の現場で目の当たりにしながら、どんな子どもが産まれてこようとも育てるのが産んだ者の責任であると、当然のように考えていたという。しかし、結婚後、子どもがほしいと望んで治療に通うようになり、その過程で流産を経験したりするうちに、できるだけ障害のある子どもは避けたいと思うに至ったという。そして、染色体異常の有無を確認するために、羊水検査を受けてしまったと語っている。もちろん、障害の少ない子どもが産まれてほしいと望むのは、Xさんに限らずとも、親になる者の心情として十分理解できるものである。しかし、Xさんがこの語りで罪悪感を覚えながらも表現しているのは、普通の妊娠であればそう願うだけであったものが、治療を継続する過程で、できるものなら操作したいという気持ちが次第に強くなり、結局羊水検査をしてしまったということなのである。

そもそもXさんは、「最初はそんなに欲もなく、まあ(子どもが)できたらいいとか、(治療を)やってみようというぐらいだった」と語っている。それが、治療を続ける過程で、子どもを産むこと、しかも障害のない子どもを産むことばかりを考えるようになり、治療をやめるということは少しも思い浮かばなくなっていったのだという。とりわけ、治療をしている当時はずっと、努力すれば子どもができるのだと言われていた気がし、「子どもができないということは、本当はまだ努力が足りないからなのだろうか?もうちょっと自分が頑張ればできるのだろうか?」という思いが、いつもついてまわっていたと語る。こうした、自分自身を追い込むようなはやる気持ちは、試みることができる治療があるということ、そして、治療現場では、やめる選択を考える機会に恵まれなかったことによって、煽られていた面があったと推測される。

Xさんは結局、顕微授精によって妊娠したのだが、妊娠してからのことを考えることなく治療をしていたため、妊娠したことが実際にわかった時には戸惑いを隠せなかった、と語っている。Xさんは、妊娠反応がでる前に、他の医療機関にカウンセリングに行ったこともあった。なぜならば、治療を受ける一方で、治療をやめる時のことを考えながら、気持ちの整理をする必要も感じ始めていたからだという。自分が努力し頑

張り続けられ、子どもを産むことができるのだと思いき、ひたすら治療にかまけてしまったという治療経験を振り返りながら、Xさんは、「何で私がそういうふうになっちゃったのか、わかんないんですよね」と、困惑の表情を浮かべながら語られた。

以上、治療を受けた女性の経験とそれに伴う思いを、治療を選択することに関する語りに焦点化してとりあげてきた。もちろん、彼女たちの経験や語り口はそれぞれ固有なものであり、語る人の数だけ個別のバリエーションがあるだろう。しかし、個々人の経験から紡ぎ出される思いを、そう語らしめるものは何かという観点から捉え直した時、治療をやめる選択を困難にさせているもの—最初に述べたような、女性自身の願望、夫や親や親戚の願望、「子どもをもつべき」とする社会的な価値意識以外の何か—が、浮き彫りになってくるのである。

## 5. 考察—治療をする選択を推し進めているもの

### (1) 選択できる治療が存在するという事

まずは、技術の高度化・先端化により、選択することができる治療が存在するという現実を見過ごすことはできない。Wさんは、人工授精を何回か試みても治療が成功しなかったため、「もう(次の治療である体外受精を)やらないといけない」と考えたということだが、仮に人工授精が最高水準の治療であれば、当然ながら、体外受精という、現在では次の段階として認識されている治療を試みるという選択はされようもない。また、Xさんは、治療を続ける過程で、「身体の仕組みを医学でなんとかできないか？」と思うようになっていったというが、医学の力にすがろうとするこうした気持ちもまた、技術が高度化している現実があるからこそ生じうるものだといえる。なお、治療技術の進歩によるこうした影響が、治療を受ける女性の経験や思いを捉えることで明らかになったことは特筆すべきことである。浅井(2005)は、生殖には未だ強固なジェンダーバイアスがかかっており、新しい技術を開発・進展させようとする科学的ベクトルと子どもをもつことが女性の幸福であるという信念のベクトルがナイーブに結合してしまうことを指摘し、新生殖技術の臨床応用においてはジェンダー的視点が必須だと述べている。

たとえ新しい治療法が、従来の社会における一般的な価値観から受け入れがたいものであっても、実施されて以後年月が経つ過程でそれが普通に存在する治療として人々に認識されるようになっていくことは、生殖補助医療技術の発展とそれに伴う社会的認識の変化の歴史をみても明らかである。時代を遡れば、世界では、1978年に英国で初めて体外受精によって子どもが誕生した時、体外受精で産まれた子どもは「試験管ベビー」と表現され、人々にとって非常に大きな衝撃であることが強調された。また、英国の社会保険システムや医学研究所を支援する学術団体や組織も、体外受精という治療法を決して支持しなかったという。この時点では、近い将来に、体外受精が医学的・倫理的に広く認められる方法になるとは全く考えられておらず、技術的側面や当時の平均的価値観に基づく倫理的側面により、一般世間から大きな批判を浴びたのである(石原, 2005)。それが今や、欧米や日本などの生殖医療先端諸国では、出生する子どもの100人に1人が、体外受精かこれに類する生殖補助技術を用いて出産に至った子どもである。また、日本で1992年以来実施されている顕微授精に関しても、その当時は、生殖への人為的介入の色彩がさらに強いものとして、一般社会からは医学的にも倫理的にも受け入れがたいとされていた。しかし、顕微授精による出生数もまた年数の経過とともに増加し、1992年当初は35人であったのに対して、1996年には2,588人にも上っている(井上, 2005)。こうした出生数の上昇は、新しい治療法が開発されたことによる必然の結果であると結論づける以上のことを物語っている。すなわち、出生数がこれほどまでに驚異的に増加していることから、高度な治療の存在が、不妊に悩む夫婦の治療を継続するという選択を後押ししている現実が、透けて見えてくるのである。上記の数値は顕微授精によって出生した子どもの数であり、成功率が20%前後であることを考え合わせると、顕微授精を選択した夫婦の組数はさらに多いことになるだろう。もちろん、技術水準の高まりや新たな治療法の認可は、「子どもがほしい」と切に願う夫婦の希望のよりどころになっているのは確かなことである。しかし同時に、それが治療をするという選択を後押しし、さらには、治療のやめられなさを増長している面があることは否定できないだろう。こうした見地からする

と、Xさんの、「生物としての自然な部分を治療で操作してしまっている。それでいいのか？」と訴えかけるような語りは、産まれてくる子どもの生命を操作しようとしてしまったことに罪悪感を抱いた経験から、生命操作への欲望と治療のやめられなさを増長するという点で、新たな治療法が認可されることに懸念を示すものとして理解できるのである。

## （2）犠牲や苦痛を当然の代償とみなす価値意識

しかしここでは、技術が高度化・先端化し、あるいは新たな治療法が認可されることによって、試みることのできる治療が増えていく現実を批判的に指摘したいわけではないことは、2で述べた通りである。「子どもがほしい」と不妊に悩む夫婦によってであれ、治療に関与する医療従事者によってであれ、技術開発を追求する科学者によってであれ、新たに開発・認可される治療法は、実際に必要とされているからこそ生み出されるものなのである。つまり、治療のやめられなさを支えているのは、技術の高度化だけの責任ではなさそう（立岩，2005）であり、技術の発展の負の側面を指摘するだけでは見えなくなってしまうものができると考えられる。それはWさんが、治療を開始した後、ホルモン治療、タイミング療法、人工授精といったごく基本的な治療を受ける過程でも、常に迷ったり躊躇ったりしながら治療を継続していたことからもうかがい知れる。つまり、たとえ技術的に高度な治療でなくてもやめる選択をするのが困難になることが往々にしてあり、このことを踏まえると、治療技術の進歩が問題の主軸ではないことが推測されるのである。それでは、一体何が問題なのか。ここで留意すべきは、女性たちが、辛い思いをしてまで治療を続ける選択をしているということである。たとえ何らかの方法や手段があっても、しない選択ややめる選択があってもよさそうなものだが、不妊に悩む女性が治療に通うということに関しては、そうした選択がなされにくいことは、繰り返し強調しておきたい点である。Wさんは、「お金もかかるし、痛いし、行きたくないし、時間もかかるし、やめたいっていうのは常に今もある」にもかかわらず、「やめる勇気もない」と語っている。経済的・肉体的・時間的に過酷な状況であるにもかかわらず、治療を継続する方が、精神的には楽だということなのだ

ろうか。またXさんは、「子どもができないということとは、本当はまだ努力が足りないからなのだろうか？もうちょっと自分が頑張ればできるのだろうか？」という思いに駆り立てられながら治療をしていたということだが、やめてしまうより、できる限り治療を継続するという課題を自分自身に課して頑張り続ける方が、心の安定をはかることができたということなのだろうか。ここでとりあげるべきは、自分の願望であるとは必ずしも言い切れないことを実現するために、女性がその身体を痛めなければならないという「犠牲」をどう考えるか、ということである。このことを技術の進歩と合わせて検討すると、身体の苦痛や不快を小さなものとみなし、子どもをもつためなら多少の犠牲は仕方がないとする認識や、技術に挑戦することで女性を評価しようとする価値意識が、問題として浮上してくるのである。こうした状況下で、「子どもがほしいから」と治療に通う女性には、技術を使わない選択や治療を途中でやめる選択をすることが、著しく困難になっているのだと考えられる。

治療の現場に焦点をあてると、そこが「子どもがほしい」と望む患者の願望を叶えるための場であるだけに、治療をやめるという選択は、通常想定外であることが推測される。日常的な治療現場では、不妊に悩む女性の期待に応えるべくして、治療が行われているのである。そうした治療現場の有様は、患者本人が「子どもをほしい」と望み、技術を用いて治療を受けたいと希望しているのだからそれでよいだろうという、「患者のため」を標榜する医師たちの典型的な語り方と呼応する。医師は、通常、「患者のため」に治療をしていると認識しているのである。ところが実際には、医師は自分自身のジェンダー観に基づいて治療を進めているのであり、その結果、患者と医師との間で、治療に臨む認識や態度にずれが生じていることが明らかにされている。生殖補助医療の必要性を訴える医師は「患者のため」に不妊の身体を「治そう」「妊娠させよう」と努力するが、当事者女性が治療に苦しんでいることに対しては無視するか、仕方のないこととして済ませているという（柘植，1999）。さらには、医師のこうした態度が、〈医師—患者〉間における〈子どもを受け取る—子どもを授けられる〉といった上下関係を含みもつ立場の違いを介してより父権的な色合いを帯び、確固

たる指導となって、不妊に悩む女性に伝達されている可能性があるといえるだろう（安田，2005）。しかしながら、たとえ女性がそうした医師の態度に不満や違和感を抱いていたとしても、治療の現場では当事者の声が聴き取られにくいのが実情である。このことと表裏を成すこととして、治療から離れ、改めて冷静に考えることができるようになったというXさんの口から、「治療は病院主体であり、やめる選択への支援が足りない。病院で治療している間は、子どもを産む以外のことを考える機会があまりに少ない」と、子どもを産むことを第一目的として医療従事者主体で進んでいく治療に異議を唱える声が聴き取られたことは興味深い。

このような、治療現場の内外における女性患者の苦しみや犠牲を、子どもをもつためには当然伴うべき代償だとする認識や、苦痛を伴う努力をして当然だとする風潮が、治療のやめられなさを強めている現実を見過ごすことはできない。

## 6. まとめ—真に望まれる治療の選択を目指して

これまでみてきたように、女性が治療を選択することには、女性自身の「子どもがほしい」という思いの他に、選ぶことができる治療があるということ、身体その他諸々の犠牲を払っても治療に挑戦することで女性を評価しようとする価値意識、そうした価値観に基づき「患者のため」に治療を行おうとする医師の態度などが、影響を及ぼしていることが明らかになった。それでは、もし治療に通う女性がいざ治療をやめたいと思った時、果たしてその選択はいかにしてなされるのだろうか。それは、実際に治療で子どもをもつことができなかった女性がどのようにして治療をやめる選択をしたのかを、治療過程における認識の変化、パートナーとの関係性、周囲の人々や医師との関わり、治療をやめるきっかけとなった出来事などの観点から捉えることにより、重要な示唆が得られるものと考えられる。今後の課題としたい。

ただし、女性の身体が生殖という次元において、歴史的に堆積された言説とそれを補強する社会的に優性な科学の力に操作されても、当の女性が気づかないという事態が生じるかもしれない（浅井，2005）、当事者女性が自らの経験や思いを端的に語ることができないことがあるかもしれない。とりわけ、子どもがほしいと

いう思いに突き動かされるかのように治療に傾倒している状態では、たとえ治療をやめたい気持ちが生じたとしても、それが一体どういう性質のものなのか、たとえば、一時の気の迷いなのか、しんどさから逃避しただけなのか、それとも心の底から湧き上がる切実な思いなのかを、明確に認識するのが難しいことがありうるだろう。それは、治療の真只中にいるWさんの、自分の思いの丈を語るというよりも、尋ねられたことになんとか受け答えるというような混沌とした語り口からも推測できることである。また逆に、Xさんのように治療から距離をおいてその経験を振り返る場合、いわば巻き込まれるかのように治療をし続けていた経験を捉え直すことができるという点で、示唆的な語りが得られるかもしれない。しかしいずれにしても、経験から紡ぎ出される語りには、暗黙のうちに組み込まれてきた文化の物語を見直す（やまだ，2000）可能性が秘められていると期待される。

なお、ここで改めて、筆者が、治療を受けない選択を推奨しているわけではないことを断っておきたい。本稿は、治療をやめたくてもやめる選択ができないという女性の苦しみに、なにがしかの展望を開きたいという意図に基づくものである。立岩（2005）は、「ある価値が、ある一定の対象の人々を苦しくさせており、その価値を受け入れるべき根拠がないならそれは否定されてよい。その価値のもとでなされる個々の決定を非難することはできないとしても、その人が決めたことだからとそのまま肯定すればよいということにはならない」と述べている。こう考えるなら、今後の具体化が検討されている第三者からの提供による治療について、その是非を考えるに際しても、「子どもがほしいと望む患者のため」という言葉を切り札にして認めるべきだとする見解は、単純に受け入れることができるものではないだろう。なぜならば、「子どもがほしい」と望む女性の思いが、否定されてもよい価値観—たとえば女性の犠牲を強いて当然とする価値意識—の影響を多分に受けている可能性があるからである。

それでは、不妊に悩む女性たちの声に、どのように向き合っていけばよいのだろうか。ここで重要なのは、女性自身の「子どもがほしい」という切実な思いや、治療を受けようとした選択を尊重しつつも、そうせざるをえなかった個別の状況や社会的背景を、真摯に



捉えようとする姿勢ではないか。柘植（2000）は、不妊について、「子どもがほしいのにもかかわらず妊娠しないこと」とするのは間違いではないにしてもまったく不十分であること、そして、子どもができないことの社会的・文化的意味が、妊娠しないという単なる身体的状態にある人をがんじがらめにし、他の選択肢一本稿では、治療をやめる選択肢ーを見えなくさせていると指摘している。

最後に、技術が高度化・先端化し、新たな治療法が認可されたとしても、そうした治療によっても、必ずしも子どもをもつことができるというわけではないのだということを、付け加えておきたい。技術の進歩が、治療に通えば子どもができるとする世間一般の誤った認識を増幅させ、そうした思い込みが、子どもが授かりにくい夫婦を否応無しに治療に向かわせたり治療をしない選択を困難にさせているのは、憂うべきことである。今後、不妊や不妊治療に関する正しい認識を社会に伝えていくこともまた、重要な課題だと考えている。

#### 謝辞

貴重なお話をお聴かせくださった協力者のおふたりに厚く御礼申し上げます。また、本稿執筆の貴重な機会を与えてくださいました、やまだようこ教授に感謝いたします。

#### 引用文献

- 浅井美智子. (2005). ジェンダーフレームから見た新生殖技術. 上杉富之(編), 現代生殖医療: 社会科学からのアプローチ (pp. 59-77). 世界思想社.
- Boklage, C.E. (1990) Survival probability of human conceptions from fertilization to term, *International Journal of Fertility*, 35, 75-94.
- 家永登. (2005). 生殖医療に対する法的対応. 上杉富之(編), 現代生殖医療: 社会科学からのアプ

- ローチ (pp. 40-58). 世界思想社.
- 井上眞理子. (2005). 生殖の家族からの分離. 上杉富之(編), 現代生殖医療: 社会科学からのアプローチ (pp. 78-99). 世界思想社.
- 石原理. (2005). 「生殖革命」の進展. 上杉富之(編), 現代生殖医療: 社会科学からのアプローチ (pp. 20-39). 世界思想社.
- 岩崎美枝子・梅澤彩・安田裕子. (2005, 2006). 配偶子・胚提供による親子への心理的支援. 平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業「生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む統合的運用システムに関する研究」, 主任研究者 吉村泰典.
- 小泉カツミ. (2001). 産めない母と産みの母. 竹内書店新社.
- 日本不妊学会(編). (1996). 新しい生殖医療技術のガイドライン. 金原出版株式会社.
- 大野虎之進他. (1980). AID 児の知的ならびに身体的発育の follow-up. 周産期医学, 10, 9, 21-25.
- 立岩真也. (2005). そこに起こること. 上杉富之(編), 現代生殖医療: 社会科学からのアプローチ (pp. 119-136). 世界思想社.
- 柘植あづみ. (1999). 文化としての生殖技術: 不妊治療にたずさわる医師の語り. 松籟社.
- 柘植あづみ. (2000). 生殖技術と女性の身体のあいだ. 思想, 908, 181-198.
- 堤 治. (2002). 新版・生殖医療のすべて. 丸善
- やまだようこ. (2000). 人生を物語ることの意味: ライフストーリーの心理学. やまだようこ(編), 人生を物語る: 生成のライフヒストリー (pp. 1-31). ミネルヴァ書房.
- 安田裕子. (2005). 生殖補助医療を受けた女性の語りから: 不妊治療の場からみえてくること. 城山英明・小長谷有紀・佐藤達哉(編), 現代のエスプリ 458 クリニカル・ガバナンスー共に治療に取り組む人間関係 (pp. 43-51). 至文堂.

(21 世紀 COE 教務補佐)